

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

336

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Bernard DELAGRANGE**

Né à Elbeuf (Seine-Inférieure), le 12 juin 1886  
Licencié en philosophie

DE

L'APROSEXIE  
D'ORIGINE NASALE

*Président : M. GILBERT-BALLET, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI<sup>e</sup>)

1911



336

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Bernard DELAGRANGE**

Né à Elbeuf (Seine-Inférieure), le 12 juin 1886  
Licencié en philosophie

DE

L'APROSEXIE

D'ORIGINE NASALE



*Président : M. GILBERT-BALLET, professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi<sup>e</sup>)

1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY.

## PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |                     |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | NICOLAS             |
| Physiologie. . . . .                                                   | CH. RICHTER         |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL              |
| Chimie organique et Chimie générale. . . . .                           | GAUTIER             |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  | BLANCHARD           |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                         | ACHARD              |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | WIDAL               |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | DEJERINE            |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LANNELONGUE         |
| Histologie. . . . .                                                    | PIERRE MARIE        |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | PRENANT             |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | HARTMANN            |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | POUCHET             |
| Hygiène. . . . .                                                       | MARFAN              |
| Médecine légale. . . . .                                               | CHANTEMESSE         |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | THOINOT             |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | CHAUFFARD           |
|                                                                        | ROGER               |
|                                                                        | HAYEM               |
| Clinique médicale. . . . .                                             | GILBERT             |
|                                                                        | DEBOVE              |
|                                                                        | LANDOUZY            |
|                                                                        | HUTINEL             |
| Maladies des enfants. . . . .                                          |                     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | GILBERT BAILLET     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | GAUCHER             |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      |                     |
|                                                                        | DELBET              |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | QUENU               |
|                                                                        | RECLUS              |
|                                                                        | SEGOND              |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | DE LAPERSONNE       |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | ALBARRAN            |
|                                                                        | BAR                 |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | PINARD              |
|                                                                        | RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | POZZI               |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                               | KIRMISSON           |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                        | ALBERT ROBIN        |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

|            |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| BALTHAZARD | DESGREZ           | LENORMANT  | PROUST    |
| BERNARD    | DUVAL (P.)        | LEQUEUX    | RATHERY   |
| BRANCA     | GOUGEROT          | LERI       | RATTERER  |
| BRINDEAU   | GREGOIRE          | LOPPER     | RICHAUD   |
| BROCA (A.) | GUENIOT           | MACAIGNE   | ROUSSY    |
| BRUMPT     | GUILLAIN          | MAILLARD   | ROUVIERRE |
| CAMUS      | JEANNIN           | MORESTIN   | SCHWARTZ  |
| CARNOT     | JOUSSET (A.)      | MULON      | SICARD    |
| CASTAIGNE  | LABBE (M.)        | NICLOUX    | TERRIEN   |
| CHEVASSU   | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TIFFENEAU |
| CLAUDE     | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC   | ZIMMERN   |
| COUVELAIRE | LECENE            | OMBREDANNE |           |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MA SCEUR

*En reconnaissance et affection.*

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MESSIEURS LES DOCTEURS VEILLON  
ET AYNAUD

*En reconnaissance de leurs bons soins  
reçus à l'hôpital Pasteur, lors d'une  
maladie infectieuse contractée au  
cours de nos études.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris  
Chirurgien des Hôpitaux  
Chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie à l'Hôpital Lariboisière  
Chevalier de la Légion d'honneur  
Membre de l'Académie de Médecine

A MESSIEURS LES DOCTEURS LOMBARD  
ET LEMAITRE

Oto-rhino-laryngologistes des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT-BALLET

Professeur de Clinique des Maladies mentales  
Médecin des Hôpitaux  
Chevalier de la Légion d'honneur



DE  
L'APROSEXIE  
D'ORIGINE NASALE

---

INTRODUCTION

---

Une institutrice des écoles de la ville de Paris, à propos d'une enfant dont nous relatons l'observation dans ce travail, nous disait : « J'en ai une dizaine comme cela dans ma classe, mais je ne puis obtenir que les parents s'en occupent. » Ainsi, il y a à l'heure actuelle toute une catégorie d'enfants aprosexiques qui, par incurie, ne bénéficient point du traitement approprié.

Pourtant, depuis le fameux mémoire de Wihlem Meyer publié il y a près de quarante ans, la littérature médicale concernant la pathogénie des végétations adénoïdes n'a fait que s'accroître considérablement chaque année. De nombreux auteurs de toutes les nationalités ont publié une quantité énorme de travaux. Ils n'ont fait que confirmer, développer les idées fondamentales exprimées par celui qui, le premier, fit connaître au monde scientifique l'existence d'une lésion simple, mais si importante par sa fréquence et les conséquences qu'elle entraîne.

Le premier, il a fort bien analysé les troubles de l'ouïe et ceux de la parole, le facies hébété qui devient bientôt plus « intelligent » après l'opération (1). Sur la question des troubles intellectuels des adénoïdiens, il a donc été un précurseur.

Mais Meyer n'a été qu'un précurseur, et c'est au professeur Guye d'Amsterdam que revient l'honneur d'avoir créé le syndrome de l'aproxexie nasale dont il donnait la définition suivante : « un trouble de l'activité cérébrale causé par l'impossibilité de fixer l'attention sur un objet déterminé, trouble causé par des lésions nasales. »

Puis l'on s'est aperçu, en étudiant comparative-ment l'enfant et l'adulte, que l'aproxexie pouvait se rencontrer chez l'un et chez l'autre avec des modalités différentes dues à ce que la forme du trouble mental doit varier avec le degré du développement intellectuel. Et toutes les causes de sténose nasale ont pu être incriminées, qu'elles soient nasales, pharyngiennes ou bucco-pharyngiennes.

A part quelques articles de revue fort intéressants d'ailleurs de Raulin et de Royet, c'est une question qui a été peu étudiée en France. La littérature médicale, dans notre pays, est riche en travaux, brochures et communications sur les végétations adénoïdes, mais la plupart des auteurs se sont voués à l'étude

---

1. Wilhem Meyer, *Ueber adenoide vegetationen in der Nasenrachenhöhle* (Arch. für Ohrenheilkunde. Bd. VII, s. 139 u. VIII, s. 146, 1873).

d'un point spécial se rapportant soit à l'anatomie pathologique, soit à la symptomatologie, soit surtout au traitement.

Aussi nous avons pensé qu'il serait intéressant de publier quelques observations personnelles de malades que nous avons eu l'occasion de traiter et de suivre à la consultation externe de notre maître, le professeur agrégé D<sup>r</sup> Sébilleau.

Qu'il nous permette, ici, de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous fournir les moyens de compléter en oto-rhino-laryngologie nos connaissances pratiques.

Remercions ici également M. le D<sup>r</sup> Lombard, oto-laryngologiste des Hôpitaux et M. le D<sup>r</sup> Lemaître, oto-laryngologiste des Hôpitaux à qui nous devons une très intéressante observation d'aprosexie nasale.

Et n'oublions pas que nous devons beaucoup aux assistants de M. le D<sup>r</sup> Sébilleau; MM. les D<sup>rs</sup> Bal-denweck et Halphen, ainsi qu'à M. le D<sup>r</sup> Le Mée.

L'ordre que nous avons suivi dans la rédaction de notre travail est le suivant :

- I. — Définition de l'aprosexie nasale.
  - II. — L'aprosexie nasale chez l'adulte.
  - III. — L'aprosexie nasale chez l'enfant.
  - IV. — Pathogénie de l'aprosexie.
  - V. — Traitement de l'aprosexie.
  - VI. — Historique et théories.
  - VII. — Conclusions.
-



## CHAPITRE PREMIER

---

### DÉFINITION DE L'APROSEXIE D'ORIGINE NASALE

Il est d'observation courante que l'attitude bouche bée ne contribue pas à donner à son porteur une expression de haute vivacité intellectuelle. Guye (1), dans sa première communication sur l'aproxexie lors du Congrès médical de Wiesbaden en 1887 s'exprime comme suit : « Le fait que la bouche constamment tenue ouverte donne au visage une certaine expression de stupidité, permet d'admettre que les fonctions cérébrales peuvent également être troublées d'une façon ou de l'autre dans le cas d'obstruction nasale chronique. »

Le facies adénoïdien est trop connu pour que nous ayons besoin d'insister sur l'aspect caractéristique de ce type de physionomie. Qui n'a vu de ces enfants porteurs de végétations, ou même de ces adultes affectés de sténose nasale dont le masque semble porter l'empreinte de l'apathie. Sans doute, comme le constate Royet, il est curieux de remarquer que

---

1. Guye, *De l'Aproxexie et de la céphalalgie chez les écoliers*. Amsterdam, 1887 (Communication originale en hollandais).

l'intelligence humaine butte à de si faibles obstacles, mais l'observation vulgaire est ici d'accord avec les faits patents, cliniquement observés. « J'ai vu des individus, dit Ruault (1), incapables de tout effort intellectuel, reprendre toute leur activité après la guérison de leur lésion nasale ou naso-pharyngienne. » D'ailleurs chacun d'entre nous n'a qu'à faire appel à ses souvenirs pour se rappeler avoir éprouvé une diminution de la mémoire, une impossibilité de s'appliquer longtemps à un travail quelconque du fait d'un simple coryza. Le coryza faisait de nous des aprosexiques.

Qu'est-ce donc que l'aprosexie ?

Au point de vue psychologique, ses symptômes revêtent, d'après Guye, les manifestations suivantes. C'est :

1° La difficulté à acquérir et à s'assimiler de nouvelles notions, surtout quand elles sont plus ou moins abstraites ;

2° La difficulté à retenir ces notions ; donc, défaut de mémoire ;

3° La difficulté à fixer l'attention sur un sujet déterminé (aprosexie proprement dite).

Ce dernier symptôme : la difficulté de fixer l'attention sur un sujet déterminé est le plus caractéristique. C'est à lui qu'a été emprunté le terme d'apro-

---

1. Ruault, *Traité de médecine*, Charcot, Bouchard et Bristaud, 1<sup>re</sup> édition, t. IV, p. 42.

sexie (προσέχειν τὸν νοῦν, incapacité de fixer son esprit).

L'aprosexie se distingue donc de l'amnésie, car pour oublier, il faut d'abord avoir appris.

L'aprosexie n'est pas davantage la fatigue. Sans doute, de même que Charlton Bastian a dit qu'à un certain âge nous souffrons tous plus ou moins d'aphasie, nous pouvons également dire que quand nous sommes fatigués intellectuellement ou surmenés, nous souffrons tous d'aprosexie. Mais l'aprosexie diffère de la fatigue, en ce que c'est une fatigue avant l'acte, dès le début de l'effort. Waker Dowine traduit ce mot d'aprosexie par *impaired cerebration* : inaptitude cérébrale. Nous définirons donc l'aprosexie l'inaptitude au travail due à une sténose nasale. Ainsi comprise, nous la rencontrerons aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

---



## CHAPITRE II

---

### L'APROSEXIE NASALE CHEZ L'ADULTE

Il nous semble légitime de faire deux classes parmi les aprosexiques : les enfants et les adultes. Tandis que les premiers sont dans une période d'acquisition où tout retard peut se traduire par un déficit, les seconds en possession des acquisitions du jeune âge n'éprouvent qu'une gêne momentanée s'ils sont traités à temps. Chez les uns si l'intervention est trop tardive, le temps perdu pourra bien être que très difficilement rattrapé ; chez les autres, l'obstacle levé, ce sera la plupart du temps le retour intégral à la capacité du travail.

Nous parlerons d'abord des troubles d'aprosexie chez les adultes qui ont été moins étudiés. Nous avons choisi les quelques observations qui suivent parmi des malades présentant de la sténose nasale pour des raisons diverses.

#### OBSERVATION I

L. E..., dix-sept ans, employé à la compagnie du gaz.

*Hérédité et prédisposition familiale.* — Rien d'intéressant à

noter, sa mère aurait actuellement des bourdonnements d'oreilles. Il s'agit sans doute d'oto-sclérose.

*État au moment du premier examen.* — Il vient à la consultation externe des maladies du nez, gorge, etc., de l'hôpital de Lariboisière le 26 janvier, parce que depuis deux ans environ, il se plaint d'une gêne, d'un enchifrènement nasal qui n'a fait qu'augmenter dans les derniers mois. A l'occasion du moindre rhume sa voix se couvre et se fatigue. Mais il vient aussi et surtout parce qu'il est sujet à des accès de migraine assez fréquents. Une sourde céphalée est continuelle avec des exacerbations quand il est fatigué ou surmené. Cette céphalée augmente le soir vers les 5 heures. Elle a pour conséquence une inaptitude au travail. Il est employé au gaz où son travail consiste à classer les polices des abonnés. En l'interrogeant à ce sujet il nous dit qu'il ne peut classer que 50 fiches à l'heure.

Il se plaint aussi de souffrir d'angines fréquentes. Il peut, si on lui demande, rester quelques instants la bouche fermée. Néanmoins la respiration est habituellement buccale et il ronfle la nuit, nous dit-il.

*Examen objectif.* — C'est un jeune homme de taille moyenne, un peu étroit et pâle. Sa figure est aplatie, le nez est fin, effilé : on sent que l'air n'y passe plus. La bouche est entr'ouverte, découvrant des dents relativement bien plantées.

*Examen des oreilles.* — Rien de particulier à noter, sauf peut-être un léger degré d'enfoncement de la membrane du tympan qui a sa structure et son éclat habituel. L'examen fonctionnel montre que l'audition est normale.

*Examen du nez.* — Par la rhinoscopie antérieure faite avec le spéculum ordinaire, on ne voit d'abord que des cornets

hypertrophiés. Nous touchons alors ces cornets avec la cocaïne adrénalisée, une légère rétraction se produit, à coup sûr insuffisante pour avoir une vision même limitée du cavum. Par la rhinoscopie postérieure, nous constatons dans le petit miroir une masse de coloration grisâtre insérée sur la paroi postérieure du pharynx et sur la voûte. Cette masse présente des traînées de muco-pus.

*Examen du pharynx.* — En plaçant l'abaisse-langue on voit des traînées de granulations qui descendent d'en haut, véritables organes lymphoïdes aberrants. Les amygdales palatines sont un peu plus grosses qu'à l'état normal.

*Toucher naso-pharyngien.* — Le doigt explorant, introduit derrière le voile sent une masse molle, dépressible ; il revient souillé de muco-sités et de quelques parcelles de la tumeur.

Nous portons le diagnostic de végétations adénoïdes et de rhinite hypertrophique, et ordonnons la pommade boriqumentholée en attendant le jour de l'opération. Il est convoqué pour venir subir son opération deux mois après.

A la date fixée, nous faisons nous-même un curettage du naso-pharynx.

Nous revoyons ce jeune homme le 4 mai. Il vient à la consultation pour nous demander s'il doit continuer l'usage de la pommade boriqumentholée. Il nous déclare que ses migraines sont totalement passées, qu'il éprouve une sensation de bien-être général. En l'interrogeant nous apprenons qu'il a maintenant une capacité de travail supérieure. Il nous dit qu'il peut classer maintenant jusqu'à 75 fiches à l'heure, lui qui n'arrivait à grand'peine qu'à en classer 50.

Cette observation nous a paru intéressante et nous la publions ici en entier. Ainsi voilà un adolescent porteur sans doute de végétations adénoïdes depuis l'enfance. Végétations assez bien tolérées jusqu'à ces dernières années, sans doute parce qu'elles ont dû subir un accroissement assez brusque quand s'est installé définitivement le catarrhe nasopharyngien.

Mais tout cela est banal, dans une consultation comme celle de l'hôpital Lariboisière, le nombre de cas semblables que l'on pourrait recueillir serait considérable. Ce qu'il y a de très intéressant chez ce malade, c'est que dès son premier examen il nous donnait une mesure de sa capacité de travail : il pouvait classer 50 fiches à l'heure. Il revient après son opération, il revint content, nous demandant s'il doit continuer l'usage de sa pommade qu'il juge inutile et il nous dit qu'il classe maintenant 75 fiches à l'heure.

C'est là un des rares cas où l'on peut saisir numériquement le bénéfice d'une intervention. N'est-on pas en droit de conclure que cet aprosexique, ce ralenti, a maintenant une capacité de travail supérieure d'un tiers ?

De cette observation, on peut rapprocher celle-ci. Il ne s'agit plus d'un cas d'aprosexie d'origine adénoïdienne ; l'imperméabilité nasale est due ici à la présence de polypes.

## OBSERVATION II

M<sup>me</sup> B. . . , quarante et un ans. Cartonnière.

*Antécédents héréditaires.* — Sans intérêt.

*Antécédents personnels.* — Ne se souvient point d'avoir eu une maladie fébrile importante. Elle a eu cinq enfants, dont deux seulement sont encore vivants. A l'âge de vingt et un ans, à la suite d'un accès de grippe, elle aurait commencé à se plaindre d'obstruction nasale. Elle alla alors dans une clinique où plusieurs polypes lui furent enlevés, mais la gêne nasale persista toujours quelque peu. Elle aurait remarqué cependant que durant ses grossesses sa respiration nasale devenait plus aisée. Nous relatons le fait sans en tenter l'explication.

Mais depuis l'année dernière, elle est de plus en plus gênée pour respirer et elle vient comme le malade précédent, parce qu'elle a de la céphalée à prédominance frontale, de la somnolence, de l'hébétude. Elle est cartonnière et travaille aux pièces et reçoit un salaire proportionné au nombre de boîtes de confiserie qu'elle peut coller, étiqueter, etc..., elle se plaint de n'en pouvoir livrer que 100 environ par jour. Les années précédentes elle pouvait en fournir une moyenne de 150 dans sa journée.

*Examen des fosses nasales.* — Par la rhinoscopie antérieure, nous voyons de nombreux polypes d'une couleur blanc grisâtre, translucides. Par pression réciproque, ils se sont déformés, aplatis en se moulant les uns sur les autres et sur les parois des cavités nasales. Il y a une sécrétion nasale séreuse assez abondante.

Nous enlevons les polypes en plusieurs séances à l'aide du serre-nœud et finissons par un curettage à l'aide de la curette nasale. La malade venait tous les lundis, elle nous tenait au courant de ses progrès. La céphalée était moins fréquente, moins douloureuse; les douleurs névralgiques faciales dont elle se plaignait, diminuaient d'intensité, la répétition de leurs accès s'espaçait. Nous lui disons de revenir nous voir à la fin d'avril.

Nous la revoyons au début de mai. La céphalée n'existe plus et elle vient nous remercier parce que le gain de ses journées est en hausse. Elle peut livrer maintenant 140 boîtes par jour.

Voilà donc encore une observation où l'on peut saisir numériquement le bénéfice retiré par une malade du rétablissement de sa perméabilité nasale. On pourrait dire que l'avantage retiré par elle de l'enlèvement de ses polypes est dans la même proportion que 140 est à 100.

Nous oserons dire que ce sont des observations rares, car sur les divers cas d'aprosexie nasale que nous avons eu l'occasion de rencontrer à la consultation de Lariboisière, ce sont à peu près les deux seules où l'on pouvait faire état des dires du malade. Il n'y a, en effet, que lorsque le malade est à la tâche, travaille aux pièces, qu'il peut lui-même, étant le premier intéressé, fournir des renseignements précis, ayant la valeur d'une véritable expérimentation.

Parmi les autres cas d'aposexie chez l'adulte que nous avons vu améliorés par le rétablissement de la perméabilité nasale, nous citerons brièvement trois

autres observations. Mais à ces trois observations, il manque la mesure numérique du bénéfice retiré des petites interventions pratiquées.

### OBSERVATION III

M. B. . . , ébéniste, vingt-quatre ans. Il vient à la consultation parce qu'il se plaint d'avoir le nez bouché, tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul côté. Il nous dit que cette obstruction est variable, plus marquée le matin que le soir, par les temps humides que par les temps secs. Il dort la nuit, la bouche ouverte et se plaint de sécheresse de la gorge surtout marquée le matin au réveil.

Ébéniste de son état, il ne travaille pas aux pièces mais à l'heure. Il y a huit mois, nous dit-il, qu'il est gêné pour respirer. Depuis ce temps-là on lui reproche à l'atelier d'aller moins vite, d'assembler les pièces, de les coller avec moins de célérité.

*Examen objectif.* — La rhinoscopie antérieure nous montre une hypertrophie du cornet inférieur; la tête du cornet très augmentée de volume masque tout le contenu des fosses nasales. Cette hypertrophie se présente sous la forme d'une tumeur rouge, lisse, c'est l'hypertrophie dite congestive.

Le toucher intra-nasal, à l'aide du stylet, nous montre que l'hyperémie simple l'emporte sur l'hyperplasie. La solution de cocaïne au 1/20 en badigeonnages confirme le diagnostic de rhinite hypertrophique congestive. La muqueuse se rétracte, le cornet diminue de volume.

Il y a un léger degré de déviation de la cloison. La cloison

est incurvée, tournant sa concavité à droite dans laquelle vien se loger le cornet moyen qui entre presque en coalescence avec elle. Du côté gauche, un éperon correspond au cornet inférieur.

Sur le poli du nickel du miroir de Glatzel on obtient deux taches de buée s'étendant jusqu'à la troisième division à droite mais à gauche ne dépassant point la deuxième division.

Malgré les déviations et épaississements de la cloison, nous nous sommes contentés d'une très simple intervention. Nous avons fait deux séances de raies de feu linéaires sur le cornet inférieur. La destruction ainsi apportée dans les tissus et la rétraction amenée du fait de la cicatrice ont rétabli une perméabilité nasale suffisante.

Nous avons vu le malade trois semaines après la dernière séance de galvano-cautérisation. Il respire librement. Au-dessous du cornet moyen, entre la cloison et le cornet inférieur rétracté, il y a un couloir suffisant pour que l'air passe aisément. Il nous dit avoir « plus d'entrain » dans son travail ; il travaillerait aussi vite que ses camarades d'atelier.

Nous avons essayé, sur ce point, de lui faire préciser la vitesse gagnée, mais ses réponses ont manqué de la précision des deux précédentes observations.

A cette observation nous ajouterons cette dernière que nous résumerons brièvement.

#### OBSERVATION IV

M. B..., trente-cinq ans, employé de bureau.

Depuis dix ans ce malade présente des polypes du nez. Ils

lui furent enlevés une première fois en 1901, mais ils récidivèrent en 1906, ils lui furent extirpés à nouveau à cette date à l'hôpital Saint-Antoine. Il vient à la consultation parce qu'il se plaint de ne pouvoir depuis quelques mois respirer aisément par le nez et d'avoir de la céphalalgie. Il n'a point d'obnubilation intellectuelle, mais il se plaint de faire des fautes d'addition.

*Examen objectif.* — La rhinoscopie antérieure montre que les fosses nasales sont des deux côtés littéralement bourrées de polypes muqueux.

Nous enlevons à ce malade ses polypes en trois séances. Nous l'avons revu régulièrement tous les lundis pendant quelque temps. La céphalée avait disparu, il travaillait à son bureau plus aisément, il ne faisait plus d'erreur dans la tenue de ses livres.

Cette observation où l'aprosexie ne portait que sur le travail des chiffres n'est pas unique dans la littérature de l'aprosexie nasale. Guye (1) s'exprime ainsi : « Relativement aux manifestations de l'aprosexie, j'ai remarqué que certains écoliers éprouvaient une difficulté considérable à étudier les mathématiques, alors qu'ils faisaient de grands progrès dans toutes les autres branches. Dans une circonstance, un lycéen m'a avoué n'apprendre qu'avec peine les langues mortes et les mathématiques, tout en progressant, comme ses camarades, dans l'étude des langues modernes, de l'histoire et

---

1. Guye, *Geneeskundige Bladen nit kliniek en Laboratorium voor de praktijk*, 1898.

de toutes les autres branches. Un jeune homme, employé de bureau, se plaignait de faire, depuis quelque temps, des fautes d'addition. Lorsque, sous l'influence du traitement, il commença à mieux aller, il ne faisait plus de fautes ; plus tard, à l'occasion de légères récidives, il pouvait constater chaque fois le retour de son aprosexie, à cette particularité qu'il faisait, de temps en temps, une faute d'addition. Il est évident que les mathématiques, aussi bien que les éléments des langues mortes, se distinguent de toutes les autres branches scolaires par le fait qu'elles exigent plus de conceptions abstraites que les autres sciences. D'autres conceptions plus concrètes réagiront, par l'association des idées, sur un plus grand nombre de centres cérébraux, et détermineront, en conséquence, plus facilement une impression durable. Il ne s'agit donc que d'une différence de degré, et il n'est pas étonnant que le désordre de la fonction cérébrale soit remarqué d'abord dans les cas où il s'agit de recevoir et de retenir des conceptions plutôt abstraites. »

Nous terminerons par cette belle observation due à Royet, observation qu'il publia lors de sa communication au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bruxelles (août 1893).

## OBSERVATION V

M. X..., trente-huit ans, profession : gardien dans une administration.

*Sensations subjectives.*— Des céphalées. Une sensation prononcée de fatigue et de dépression. C'est d'ailleurs plutôt que de la fatigue, une phobie de l'effort, une sensation de dépression et d'impuissance, quelque chose d'analogue à ce que l'on a désigné sous le nom d'apraxie douloureuse.

Ces phénomènes d'incapacité (non d'impuissance) motrice ont leur analogue dans la sphère intellectuelle. L'attention ne peut être fixée facilement sur les sensations reçues; la perception n'en est pas immédiate. Quand on parle à ce malade, il ne comprend pas de suite, il conserve la mémoire des mots qui ont été prononcés et n'en saisit le sens symbolique qu'au bout d'un moment, après un temps variable qui peut aller jusqu'à une ou deux minutes. De même qu'il ne peut fixer son attention sur les sensations reçues de l'extérieur, il ne réussit pas non plus à l'arrêter immédiatement sur ses propres idées qui défilent sans frein et auxquelles il assiste pour ainsi dire en spectateur. Dans ces conditions les associations d'idées se font autrement que par des liens logiques, à la façon sans doute dont elles se produisent chez les excités maniaques. L'étrangeté et l'incohérence apparente de ces idées étonne le patient qui se demande : pourquoi ces pensées me viennent-elles ? Il semble aussi supposer un sens caché aux propos qu'on lui tient, car il se demande : Pourquoi me dit-on cela ? Il ne paraît pas éloigné de croire à une influence mystérieuse, cause de ses modifications intellectuelles et les interrogations qu'il se pose ont déjà l'allure d'un commencement d'interprétation délirante de ses sensations. De plus il est dans un état d'anxiété constante, qui se complique d'un profond découragement dû à l'inutilité des traitements subis, à la crainte

de perdre sa place, que son état mental lui a fait abandonner momentanément.

Il dit qu'il préfère mourir que de rester ainsi, et paraît songer au suicide ; cela paraît d'autant plus à craindre qu'il ajoute aux symptômes déjà énumérés, un phénomène sensoriel subjectif. Lorsqu'on lui parle, immédiatement il entend les paroles, mais il ne les comprend pas. Au bout d'un moment, lorsqu'il en saisit le sens, il croit entendre répéter les mots qu'on lui a dits. Le même fait se produit pour ses propres pensées, qu'il perçoit pour ainsi dire en écho. Comme il ne sait pas très bien définir ses sensations, je n'ai pas pu bien étudier la part des sensations auditives ou psycho-motrices dans ces ébauches d'hallucination.

La physionomie et l'attitude sont en rapport avec l'état mental ; elles indiquent surtout l'inquiétude et la tristesse.

*Examen des fosses nasales.* Dans les fosses nasales on voit de nombreux polypes muqueux autour des cornets moyens.

Ils sont serrés les uns contre les autres comme des grains de maïs sur leur tige... Un seul à gauche est un peu volumineux. Il n'y a pas d'écoulement purulent, ni muqueux ; les sinus sont transparents. Il y aurait eu, paraît-il, il y a quelques mois, un écoulement jaune purulent à gauche de peu de durée.

Les dents du maxillaire supérieur sont saines. Il existe une légère inflammation chronique du pharynx.

*Traitement.* — Les polypes sont enlevés en plusieurs séances à l'anse froide et à la curette tranchante et leur surface d'implantation modifiée au galvano-cautère. Dès la première séance, l'état s'améliore, la céphalée est diminuée, les idées moins brouillées, la tristesse moindre. Quelques jours après il me dit :

« Je me sens beaucoup mieux comme état de santé général et quand on me parle, je comprends, sans être obligé de me demander ce que l'on a bien voulu me dire et pourquoi on me l'a dit ». A mesure que le nez est mieux débarrassé de ses tumeurs muqueuses, les progrès vers la santé parfaite s'accroissent, et avec les derniers polypes, disparaissent les dernières traces de maladie. Pendant le cours du traitement, à la suite de l'inflammation causée par la cautérisation au galvano-cautère, la céphalée a reparu pendant un jour ou deux, ramenant avec elle une partie des troubles mentaux. C'est là un fait qui a presque la valeur d'une expérience, qui confirme l'exactitude de l'interprétation du rôle pathogénique attribué aux lésions nasales.

Dans cette observation l'aproséxie revêt une intensité excessive ; mais, comme le remarque Royet, le trouble mental a consisté ici encore en une certaine obnubilation intellectuelle, en une véritable incapacité de diriger les opérations mentales.

Nous avons à dessein dans ces quelques observations, relaté l'histoire de malades présentant des affections diverses du nez et du cavum. Chez tous nous avons noté de la céphalée et une incapacité plus ou moins grande quand il s'agissait de fournir un travail soutenu. Dans le dernier cas que nous avons cité, plus que dans les précédents, l'aproséxie s'accompagnait d'une angoisse constante, d'une tendance mélancolique prononcée.

C'est en effet que l'aproséxie adulte a conscience d'être en dépression physique et psychique. Dans

nos quatre cas d'observation personnelle ils s'inquiétaient de leur pronostic parce qu'ils étaient atteints dans leur activité professionnelle. Classer ses fiches avec moins de célérité comme le malade de notre première observation, aller moins vite à l'atelier comme les deux autres, faire des erreurs dans la tenue de ses livres comme s'en plaignait le dernier, tout cela c'était travailler moins vite, faire moins bien, en un mot gagner moins.

Et ces aprosexiques qui se plaignaient de céphalées dont la dépression mentale s'accompagnait de phénomènes neurasthéniques ont été rapidement guéris dès qu'ils ont eu une perméabilité nasale suffisante.

On voit tout l'intérêt qu'il y a à dépister chez les adultes l'aprosexie d'origine nasale car ces derniers s'ils ne sont pas traités comme il convient, risquent d'être classés dans la nombreuse et hétéroclite famille des neurasthéniques et traités comme tels sans grand résultat.

---

## CHAPITRE III

---

### L'APROSEXIE NASALE CHEZ L'ENFANT

L'aproxexie a été davantage étudiée chez l'enfant. On a décrit un cancre d'origine nasale (1). C'est le mauvais élève du collège que l'on traîne comme un boulet de classe en classe. Ne sachant point ses leçons, toujours en retard pour livrer de mauvais devoirs, il est accablé de punitions, quand il n'est pas privé de sorties, de récréations, consigné au lieu d'aller prendre au grand air la large part d'oxygène dont a besoin sa poitrine étroite.

Réprimandé, puni, cet apathique se résigne, les maîtres, les parents mettent sur le compte de la mauvaise volonté l'inattention de l'écolier et celui à qui il fallait donner de l'air pur s'attelle à faire des lignes sans penser. Il est plus aproxexique que jamais. Ajoutons avec Royet que « faibles, ayant le ridicule de ronfler et de renifler, ils deviennent fréquemment un sujet de moquerie pour leurs camarades ».

Nous nous souvenons de deux camarades de collège qui avaient la bouche constamment ouverte. Pen-

---

1. Raulin, *le Cancre d'origine nasale* (*Revue de Laryngologie et de Rhinologie*, 1890, n° 22).

dant leurs premières années d'études secondaires, ils furent de médiocres élèves. Aujourd'hui ils réussissent très bien dans des carrières intellectuelles. N'est-on pas en droit de penser que leurs adénoïdes ont régressé à l'époque de la puberté et que la nature a fait tardivement l'œuvre que la curette du chirurgien aurait dû accomplir dans le jeune âge.

Nous citerons quelques observations, une due à l'un de nos maîtres, une personnelle et une autre des plus typiques que nous avons rencontrée dans la littérature médicale.

Voici d'abord le résumé d'une observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Lemaître, otolaryngologiste des hôpitaux, elle a ceci de très intéressant que le sujet en question a été revu, suivi pendant plusieurs années.

Paul B... est actuellement âgé de dix-huit ans. Il fut il y a cinq ans conduit à M. le Dr Lemaître parce qu'il était porteur d'adénoïdes volumineuses et d'amygdales hypertrophiées. A cette date l'enfant fréquentait l'école communale où il était considéré comme un cancre parfait. A l'âge où tous ces petits camarades devaient subir le certificat d'études primaires, l'instituteur demandait encore au moins deux ans avant de pouvoir le présenter avec quelque chance de succès.

Il subit l'ablation de ses amygdales et un curettage du nasopharynx.

Quelques mois après il fut revu par M. le Dr Lemaître qui constata que cet enfant avait considérablement grandi et s'était rapidement fortifié. Il avait subi son certificat d'études avec

succès. Au début de l'année scolaire suivante, il entrait dans une école commerciale préparatoire. Par la voie du concours il entrait ensuite à l'école des Hautes-Études commerciales.

Actuellement il en est sorti diplômé avec des notes brillantes.

### **Voici un autre cas que nous avons observé.**

S. L..., onze ans, écolière, est amenée à l'hôpital par sa mère sur les conseils de l'institutrice de l'école communale parce que l'enfant a constamment la bouche ouverte.

C'est une enfant pâle, maigre, assez grande, d'aspect chétif, les yeux cernés. La bouche est constamment entr'ouverte et il en est résulté une atrophie des ailes du nez et des muscles qui les font agir. Les lèvres sont comme raccourcies, surtout la lèvre supérieure et le muscle orbiculo-labial s'est atrophié au point que cet enfant a beaucoup de mal à prononcer les labiales.

En un mot, nous avons l'aspect presque classique de l'adénoïdienne : narines étroites, ailes du nez courtes, lèvres entre lesquelles apparaissent des dents plantées en chaos, traits tirés, physionomie stupide comme si les muscles mimiques étaient figés.

La mère se plaint que sa fille n'apprend rien à l'école et est paresseuse.

*Examen objectif.* — La voûte palatine est fortement creusée en ogive : la paroi postérieure du pharynx est semée d'ilots lymphatiques. Les amygdales sont hypertrophiées. Le toucher pharyngien fait sentir un volumineux paquet de végétations. Le doigt revient avec quelques stries de sang.

Nous faisons convoquer cette enfant pour qu'elle soit opérée le mercredi suivant, et dans l'intervalle nous faisons demander

par sa mère à l'institutrice de nous donner des renseignements sur le travail scolaire de l'enfant.

L'institutrice nous envoie son carnet scolaire et la note suivante :

« La conduite de cette élève est extravagante, son travail nul. Elle s'amuse toujours mais sans intelligence et sans gaieté. Les leçons orales ne l'intéressent jamais, son attention ne se fixe point, bien qu'elle regarde la personne qui parle, on sent que le cerveau ne travaille pas et si on l'interroge sur ce qui vient d'être dit elle sursaute comme si on l'éveillait et ne répond pas. Elle donne l'illusion d'une entêtée pour qui ne l'observe pas. Elle ne se révolte jamais et oppose à tous les reproches ou les conseils la force d'incertie. La voyant constamment la bouche ouverte et l'air hébété, j'en ai conclu qu'elle avait une anomalie nasale et j'ai conseillé à sa mère de la conduire à la visite à l'hôpital ».

L'enfant opérée, nous la revoyons quelques semaines après la consultation. Sa mère nous dit qu'elle a fait quelque progrès en classe. Nous faisons mine d'en douter et la prions de demander à l'institutrice d'avoir l'obligeance de nous envoyer un ou plusieurs de ses cahiers.

Nous recevons un assez volumineux paquet de copies que nous avons dépouillées avec soin. Nous nous contenterons de reproduire ici deux devoirs intéressants, parce qu'ils sont sur le même sujet, l'un est antérieur à l'opération, l'autre a été rédigé environ un mois après l'intervention.

Il s'agit d'un devoir d'histoire ; la question était la suivante :  
Quels personnages se sont distingués pendant la guerre de Cent ans ?

*Réponse.* — Ce fut Jeanne d'Arc qui sauva la France avec

les Anglais où l'imprimerie fut inventée, la poudre à canon, la boussole, 1492, Christophe Colomb.

*Deuxième question.* — Que vous rappellent Testry, Poitiers, Bouvines ?

*Réponse.* — Testry, bataille de Testry, remportée par bataille. — Poitiers par Charlemagne, bataille. — Bouvines par Charlemagne, bataille.

On relève des associations d'idées, des brides d'une leçon d'histoire, c'est l'incohérence.

Or, nous trouvons dans ce dossier le devoir que voici après l'opération. L'institutrice, à l'occasion d'une revision, avait posé les mêmes questions que les deux précédemment reproduites.

Quels personnages se sont distingués pendant la guerre de cent ans ?

*Réponse.* — Elle eut lieu sous les règnes de Philippe VI où Jean le Bon se distingua avec son fils à la bataille de Poitiers. Sous Charles V se distingua Du Guesclin. Sous Charles VII se distingua une humble paysanne : Jeanne d'Arc.

Que vous rappellent Testry, Poitiers, Bouvines ?

*Réponse.* — Testry, sous Charles Martel. — Poitiers, sous la guerre de Cent ans, gagnée pour les Français. — Bouvines, première victoire nationale, car Philippe-Auguste gagne Bouvines avec les milices communales contre l'empereur d'Allemagne, avec le roi d'Angleterre et avec les seigneurs flamands.

La littérature médicale fournit un assez grand nombre d'observations d'aproxexie nasale chez les enfants. L'une d'entre elles, due à Guye (1), peut être

---

1. Guye, *Over Aproxexia. Voordracht in het eerste Nederlandsch Natuur-en Geneeskundig Congres te Amsterdam* (Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1887, II, p. 381).

citée comme un prototype. L'aproxexie avait presque disparu au bout de huit jours :

Le père d'une petite fille que je soignais dans ma polyclinique, pour une otorrhée compliquée d'un catarrhe nasal, me demanda un jour la permission de m'amener son petit garçon âgé de sept ans ; il ne pouvait respirer par le nez et il était incapable d'apprendre quoi que ce fût. Il y avait un an déjà qu'il fréquentait l'école et on n'était parvenu à lui apprendre que les trois premières lettres de l'alphabet. Je trouvai, chez cet enfant, la fosse rétro-nasale entièrement obstruée ; je dilatai et enlevai, en partie, de volumineuses tumeurs adénoïdes. En me le reconduisant huit jours après, le père me dit que, dans le courant de cette semaine, il avait appris tout l'alphabet. A la nouvelle de ce résultat, ma surprise ne le céda en rien à celle de la famille.

« Souvent dans ma polyclinique, ajoute Guye (1) dans un autre travail, je reçois des lettres d'instituteurs qui, le plus fréquemment, m'ont eux-mêmes envoyé les parents des enfants ; il leur semblait, en effet, que la difficulté pour apprendre de leurs élèves pouvait être en rapport avec des troubles du côté du nez. Or, ils m'informent qu'à la suite de l'intervention, les petits malades apprennent beaucoup plus facilement. Il est aussi arrivé, et cela à plusieurs reprises, que les parents m'ont dit que l'instituteur, dans l'ignorance absolue de ce qui avait été effectué,

---

1. Guye, *Geneeskundige Bladen nit kliniek en labotarium voor de praktijk*, 1898.

leur avait spontanément fait remarquer les grands progrès accomplis par leur enfant, ajoutant qu'il s'en étonnait et ne savait à quoi l'attribuer.

Citons encore cette observation qu'il a communiquée dans le Congrès d'hygiène de Londres, en 1891 (1).

Le cas que je tiens à mentionner est celui d'une fille de quinze ans qui m'a été amenée par son père le 8 avril dernier (1891). Depuis ces deux dernières années, elle s'est plainte de mal de tête habituel presque journalier et c'est avec une grande difficulté qu'elle suit à l'école. Elle oublie le lendemain les leçons qu'elle apprend la veille. Elle a toujours respiré par la bouche depuis son enfance. La respiration nasale lui manquant à ce moment, elle prenait très difficilement le sein.

L'auteur s'étend alors sur les épreuves de l'ouïe qui était normal.

J'ai enlevé une partie de l'amygdale pharyngée et indiqué un traitement pour la sténose nasale.

Une semaine après, lorsqu'elle revint me voir, je fus étonné de son brillant regard. Elle n'avait plus de mal de tête et en la questionnant au point de vue de l'école, elle me dit que sa maîtresse lui avait donné ce matin la note 5 (maximum) pour l'histoire. Je lui ai demandé quelle note elle avait obtenue auparavant; la réponse fut qu'elle avait eu pendant toute l'année 0 et seulement par-ci, par-là 1.

Le 8 mai, lorsque je la revis pour la dernière fois, elle me

---

1. Guye, *On Aproxia and headache in schoolchildren. International hygienic congress.* London, 1891 (*The Practitioner.* London, 1891).

dit que maintenant elle apprenait ses leçons très facilement le matin avant d'aller à l'école et à tous les points de vue elle pouvait être considérée comme normale.

Dans la thèse inaugurale de Mainzer, on retrouve des cas semblables provenant de la pratique de Seiffert, mais comme ces observations ne sont guère détaillées et comme leur contenu en général n'est qu'une répétition des mêmes faits, nous ne les citerons pas ici.

Nous emprunterons seulement à Royet l'observation suivante qui vaut bien la peine d'être citée (1).

J... P..., treize ans. Cet enfant présente des végétations adénoïdes à un degré peu prononcé... Néanmoins, la respiration est habituellement buccale la nuit. Il dort sans se réveiller mais en ronflant et bougeant d'une façon constante.

Il est à peu près de la taille de son âge, mais il est trop mince. Il a le teint blafard. Son attitude est disgracieuse, il se tient la tête projetée en avant et le dos arrondi. Sur la face on remarque les déformations habituelles des adénoïdiens : aplatissement latéral des maxillaires supérieurs et conformation en ogive du palais, effacement des pommettes. Les dents sont relativement bien plantées, grâce à la disparition des deux incisives latérales qui n'ont jamais poussé (fait assez fréquent chez les adénoïdiens).

Au point de vue scolaire, c'est un cancre, ce que ses parents lui passeraient peut-être si, comme ils le disent, « on pouvait

---

1. Royet, Communication au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, août 1853.

être tranquille avec cet enfant. » Mais il est d'une agitation incessante et met à exécution les idées les plus baroques et les plus imprévues.

La suppression des végétations adénoïdes fait disparaître du jour au lendemain l'agitation, les troubles intellectuels et les troubles moteurs.

Ce qui frappe dans ces différentes observations, c'est que ces enfants porteurs de végétations adénoïdes et dont le symptôme cardinal consistait en l'arrêt du développement intellectuel, n'étaient sourds à aucun degré. Nous avons écarté tous les cas d'aproxexie où l'imperméabilité nasale se compliquait de troubles de l'audition. Nous ne faisons que signaler ici cette remarque et y reviendrons quand nous parlerons de la pathogénie de l'aproxexie.

Ainsi donc, ces enfants dont l'intelligence était en en apparence rudimentaire, n'étaient pas de ceux à qui congénitalement l'organisation cérébrale fait défaut. Ils n'étaient pas inintelligents, mais ils ne transformaient point, par l'attention, la sensation en perception. Ils regardaient sans voir, ils écoutaient sans entendre. Sans doute, ils étaient en relation avec le monde extérieur par les sens et cependant ils étaient comme ces sourds-muets qui n'arrivent à élever leur esprit d'une façon quelquefois si surprenante que le jour où par un artifice quelconque on a supprimé la barrière qui empêche leur cerveau de communiquer avec le monde.

Une question se pose : parmi les enfants porteurs

de végétations adénoïdes, le nombre de ceux qui présentent des symptômes d'aproxexie est-il élevé?

C'est une question de statistique, les réponses que nous allons consigner valent ce que valent les statistiques.

Celle de Guye (1) porte sur 152 cas successifs de tumeurs adénoïdes observées et traitées à sa polyclinique. Sur ces 152 cas, 62 fois l'aproxexie concomitante était très accusée, 32 fois elle était modérée et 58 fois elle faisait complètement défaut. D'après la statistique de Guye, la proportion des aproxexiques serait donc environ des deux tiers.

Kafemann (2), sur 117 filles atteintes d'hypertrophie du tissu adénoïdien, en note 29 comme pouvant être considérées comme en retard au point de vue intellectuel. La proportion serait donc notablement inférieure à celle de Guye, puisque la proportion des aproxexiques ne serait d'après cette statistique que d'un quart.

Enfin, nous avons essayé de faire nous-même un essai de statistique. Sur 67 enfants porteurs de végétations adénoïdes que nous avons examinés à cet effet, nous avons, en interrogeant les parents, qui quelquefois ont bien voulu nous apporter les livrets scolaires de leurs enfants et en complétant leur dires

---

1. Guye, *Geneeskundige Bladen nit kliniek en Laboratorium voor de praktijk*, 1898.

2. Kafemann, *Schuluntersuchungen des Kindlichen Nasen und Rachenraumes*, etc... Danzig, 1890.

par les renseignements fournis par les instituteurs et les institutrices lorsque la chose a été possible, nous avons cru pouvoir, disons-nous, fixer à 19 le nombre des enfants chez qui le développement intellectuel normal semblait subir un arrêt.

Mais combien difficile d'établir une statistique à ce sujet. Les enfants qui viennent à la consultation des hôpitaux ne font que passer. S'ils ne sont point en même temps porteurs d'une otorrhée, nous ne les revoyons que le jour de l'opération et huit jours après l'intervention, quand ils viennent se faire examiner une dernière fois. Or, ceux qui sont porteurs d'une otorrhée ne doivent pas, à notre sens, entrer en ligne de compte dans une statistique sur l'aproxexie nasale. Ce ne sont plus des adénoïdiens mais des otitiques et leur surdité plus ou moins marquée, unilatérale ou bilatérale peut être un des facteurs de leurs troubles de l'attention.

Une institutrice nous écrivait, en parlant d'une enfant aproxexique et atteint de sténose nasale : « J'en ai une dizaine comme cela, mais je ne puis obtenir que les parents s'en occupent. »

Dans un pays comme la France où l'on a tant fait déjà au point de vue de l'hygiène scolaire, il y aurait encore à notre avis une œuvre utile à tenter. Ce serait d'apprendre aux instituteurs et aux institutrices à dépister chez leurs élèves les aproxexies d'origine nasale.

Guye, d'Amsterdam, au Congrès d'hygiène de Bruxelles, en 1893, avait émis le vœu en faveur d'une

enquête internationale sur cette question. Le congrès a écarté cette motion.

En dépit du proverbe qui veut qu'on ne soit pas prophète dans son pays, c'est dans le sien qu'il l'a été.

La même année en septembre, le ministre de l'intérieur prescrivit à tous les instituteurs et institutrices des Pays-Bas une enquête sur la fréquence des végétations adénoïdes chez leurs écoliers. Les résultats en furent connus trois ans après. Elle portait sur 800.000 écoliers. La statistique montra que sur 100 élèves, 6 étaient des cancre scolaires parce qu'ils étaient adénoïdiens.

Il nous semble que l'on pourrait facilement donner aux instituteurs de France une fiche à remplir, concernant chacun de leurs élèves où figureraient les questions suivantes :

L'enfant tient-il la bouche ouverte durant les leçons ?

Dort-il la bouche ouverte ?

Se plaint-il de maux de tête ?

Est-il arriéré en classe ? Pour le calcul ? Pour l'histoire ?

Pour les langues ?

A-t-il une prononciation nasale ?

Bégaie-t-il ?

Son ouïe est-elle défectueuse ?

On a beaucoup, ces années dernières parlé du surmenage intellectuel des écoliers et des commissions ont réformé les programmes scolaires. Et l'on s'est

aperçu que les programmes meilleurs n'avaient pas rendu les élèves moins mauvais.

Il y aurait un bel effort à tenter et peut-être qu'on s'apercevrait qu'il y aurait de meilleurs élèves chez de plus forts petits français.

---



## CHAPITRE IV

---

### PATHOGÉNIE DE L'APROSEXIE

Quelle est la pathogénie de l'aprosexie ?

La première réponse qui vient à l'esprit est la suivante. Puisqu'il suffit de petites tumeurs adénoïdes situées à l'orifice de la trompe pour rendre le porteur dur d'oreille, l'inertie, l'incapacité au travail des adénoïdiens vient de ce qu'ils sont sourds. Cette surdité plus ou moins complète est le point de départ de leur manque d'attention. « L'aprosexie nasale a-t-on dit (1), qu'il vaudrait mieux appeler auditive, est liée sinon due à une diminution de l'acuité auditive, remontant à une époque éloignée et ayant eu pour conséquence directe, un affaiblissement de la faculté d'écouter.

C'est une explication simpliste, puisque des observations que nous avons citées il résulte que l'aprosexie n'est pas particulière aux adénoïdiens, et

---

1. C'est la théorie de Bartholi et celle de Stephan Titeff. — Bartholi, *Des Végétations adénoïdes du pharynx nasal*, Paris, 1893. — Stephan Titeff, *Contribution à l'étude de l'aprosexie chez les enfants* (Dissertation inaugurale. Genève, 1896).

qu'elle peut exister dans les divers cas de sténose nasale. Nous avons vu, en effet, qu'avec des modalités différentes on la rencontre aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, or chez l'adulte la sténose nasale est souvent due à une cause autre que les végétations. Sans doute les lésions nasales qu'on reconnaît comme causes de l'aproxexie sont souvent l'occasion de troubles de l'audition, mais cette coïncidence n'indique point que l'aproxexie, soit le résultat direct de la surdité.

Il y a des enfants et des adultes sourds qui ne présentent aucun des symptômes de l'aproxexie.

Guye a toujours soutenu cette thèse et en février 1899, il publiait dans les *Annales des maladies de l'oreille*, un cas intitulé : *Un cas d'aproxexie pure sans complication du côté de l'acuité auditive*.

G. D..., garçon de huit ans, se présente à ma polyclinique le 25 mai 1897. Il a depuis son enfance, dormi la bouche ouverte, et n'est pas en état d'apprendre à l'école. On n'a pas observé de surdité ni dans sa famille, ni à l'école... Après opération des végétations adénoïdes et un traitement consécutif intra-nasal, la respiration par le nez redevint normale et l'intelligence se développa rapidement. Il commença à mieux étudier à l'école, et sa mémoire s'améliora. Le 28 septembre, on note dans son observation qu'il a été promu à une classe supérieure.

Il faut donc chercher ailleurs que dans les troubles de l'audition, la pathogénie de l'aproxexie nasale.

Nous croyons qu'on peut en trouver l'explication dans le développement des deux faits suivants.

1° Localement, l'aprosexique présente des troubles circulatoires de l'encéphale, imputables aux rapports de circulation entre l'encéphale et la voûte nasale et naso-pharyngienne.

2° L'état général des aprosexiques est mauvais du fait des troubles apportés à la fonction de l'hématose. Tout l'organisme souffre de cet état et le cerveau n'échappe pas aux troubles nutritifs qui en sont la conséquence.

« L'aprosexie, dit Guye est due à l'empêchement de l'écoulement de la lymphe cérébrale par les canaux lymphatiques de la muqueuse nasale. De cette façon, il y aurait une fatigue par rétention des produits de désassimilation, car ces derniers n'étant plus suffisamment éliminés on peut admettre le même épuisement fonctionnel que dans la fatigue physiologique. »

Cette théorie basée sur des données anatomiques est très séduisante.

Schwalbe, en effet, a remarqué qu'après injection d'une solution de bleu de Prusse dans l'espace sous-arachnoïdien, le liquide pénètre dans les lymphatiques de la membrane muqueuse du nez. Axel Key et Retzius (1) ont donné de très belles planches des vaisseaux lymphatiques de la muqueuse du nez, obtenues par injection dans les cavités subdurales et

---

1. Axel Key und G. Retzius. *Studien in der Anatomie des Nervensystems*. Stockholm, 1875.

sous-arachnoïdiennes. Guye s'appuyant sur ces faits anatomiques en tire cet argument (1) : « En considérant comme démontré par ces expériences que partie, tout au moins, de la lymphe provenant du cerveau et contenant les déchets des échanges chimiques, s'écoule par les vaisseaux lymphatiques de la muqueuse nasale, il ne saurait y avoir nulle surprise à ce qu'un gonflement de la muqueuse nasale puisse, par la compression des vaisseaux lymphatiques entraver l'écoulement de la lymphe. Nul étonnement non plus à ce que, en conséquence, il y ait rétention des déchets de l'échange chimique dans le cerveau et, par ainsi, obstacle à cet échange lui-même avec inhibition cérébrale consécutive. »

Schutter (2) a par ses expériences confirmé cette manière de voir. Ayant, chez un malade porteur d'une canule trachéale, mesuré la pression de l'air dans la trachée pendant la respiration nasale et buccale, il a trouvé que la différence de pression au cours de l'inspiration et de l'expiration est bien plus marquée lors de la respiration nasale. L'aspiration du sang veineux par la respiration doit donc être beaucoup plus importante quand on respire par le nez. Il en résulte donc que lorsque pour une raison quelconque un malade prend l'habitude de respirer par

---

1. Guye, *Geneeskundige Bladen nit kliniek en Laboratorium voor de praktijk*, 1898.

2. W. Schutter, *le Nez et la bouche comme organes de la respiration* (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Paris, 1893, p. 346.)

la bouche, sa respiration devient superficielle et l'écoulement de la lymphe par les veines en est diminué.

L'aproxexie nasale serait donc sous la dépendance de la respiration superficielle et de la gêne de la circulation qui en résulte.

Mais pour si importantes que soient ces dispositions anatomiques et les troubles locaux consécutifs, n'oublions pas que les individus qui respirent superficiellement ont une hematose insuffisante. Aux troubles circulatoires de voisinage se surajoute cette déchéance qui vient de l'anémie générale chez des individus dont les poumons n'ont pas leur ration suffisante d'oxygène.

Les recherches hématologiques de Lichwitz et Sabrazès ont montré que l'hémoglobine et les globules rouges diminuent beaucoup chez les adénoïdiens dont les globules blancs augmentent par contre comme chez les sujets infectés. *Chapiro*, dans sa *thèse inaugurale* (Moscou, 1907), a également étudié la constitution morphologique du sang chez les individus présentant de la sténose nasale. Il a tamponné le nez chez des chiens et a suivi les modifications de la constitution du sang. Il a trouvé également que le nombre des globules rouges diminuait très rapidement et si tôt l'obstacle levé revenait en peu de jours à la formule normale. Ces modifications de la crase sanguine ne sont-elles pas pour quelque chose dans l'apathie, la somnolence, la douleur de la pensée des aproxexiques ?

Comme le constate Royet, nous respirons quinze fois par minute environ ; l'obstacle à la respiration nasale, même s'il est léger, aura donc besoin d'être suppléé quinze fois, ce qui est loin d'être négligeable. Or la respiration nasale est mal suppléée par la respiration buccale, qui ne s'adapte jamais bien à un rôle qui n'est pas le sien. De là, cette pesanteur frontale, ces douleurs péri-orbitaires, cette céphalalgie qui troublent l'épanouissement des forces psychiques.

Point n'est besoin d'ailleurs que la sténose nasale dure depuis longtemps pour produire les symptômes de l'aproxexie. Kafemann (1) a étudié expérimentalement sur lui-même les modifications psychiques que peut déterminer une sténose temporaire. Pour cela, il s'est d'abord habitué au contact avec les narines d'une canule à ouverture variable, de façon à éviter la part d'action qui pourrait être attribuée à un réflexe de contact, puis il a fait varier l'ouverture de la canule. Il a constaté qu'à la diminution de la respiration correspondait une gêne parallèle des opérations intellectuelles.

L'aproxexie nasale serait donc due à une sorte d'intoxication :

1° De cause locale par la rétention des produits d'élimination due à la sténose nasale ;

2° De cause générale puisque la gêne apportée à l'hématose favorise l'accumulation de toxines diverses en ralentissant les processus d'oxydation.

---

1. Kafemann, *Arch. f. Laryngol. und Rhenol.*, 1900, fas. 3.

## CHAPITRE V

---

### TRAITEMENT DE L'APROSEXIE NASALE

Nous avons vu que les différents malades dont nous avons donné les observations avaient été vite améliorés à la suite des petites interventions faites pour leur redonner une perméabilité nasale suffisante.

Mais il nous semble que le traitement de l'aproxie pour donner des résultats appréciables et satisfaisants doit répondre aux trois indications suivantes :

1° Lever l'obstacle cause de l'insuffisance nasale que cette cause soit nasale (polypes, rhinite hypertrophique, éperon de la cloison, déviation), pharyngienne (végétations) ou bucco-pharyngienne (amygdales hypertrophiées) ;

2° Modifier l'état général. Cette seconde indication concerne surtout les enfants chétifs, pâles, anémiques. Les médicaments toniques et reconstituants trouveront ici leur application.

L'hygiène générale et locale (naso-pharyngienne), l'hydrothérapie, le séjour à la mer, l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, peuvent permettre une sérieuse amélioration de l'état constitutionnel ;

3° La dernière indication s'applique surtout aussi aux enfants. Les aprosexiques sont des arriérés. Il faudra les soumettre à des exercices journaliers et méthodiques faits dans le but de leur rendre cette capacité de fixer l'attention et de saisir rapidement les choses. L'entraînement psychique méthodique stimulera leur réceptivité intellectuelle. Il faudra donc à ces enfants des exercices pédagogiques appropriés.

## CHAPITRE VI

---

### HISTORIQUE ET THÉORIES

Bien que nous ayons eu l'occasion au cours des chapitres précédents de citer fréquemment les noms des principaux auteurs ayant traité de l'aprosexie nasale, nous ferons ici brièvement l'historique de la question.

Un nom domine ce sujet, c'est celui du professeur Guye d'Amsterdam. Comme le dit Raulin « d'autres auteurs avaient avant lui signalé des troubles de l'intelligence consécutifs à l'obstruction des fosses nasales, mais ces faits seraient restés inaperçus si en 1888 Guye n'avait point insisté d'une façon magistrale sur l'aprosexie nasale »

Mais dès 1862 Von Trœltch (1), dans la première édition de son livre : *Die Krankheiten des Ohres*, parle d'un jeune médecin qui se plaignait à lui en ces termes : *Ich kann nicht mehr ordentlich capiren* : (je ne puis plus arriver à bien saisir) et Von Trœltch se demande si ces symptômes ne seraient

---

1. Von Trœltch, *Die Krankheiten des Ohres*. Würzburg, 1862, s. 114.

point dues au catarrhe infectant les cavités accessoires du nez.

Six ans plus tard, en 1868, L. Rupprecht (1) remarque que certains malades atteints de malformations nasales sont incapables d'un travail intellectuel prolongé.

En 1870, George Catlin (2) signale les funestes effets de la respiration buccale dans son petit livre : *Shut your mouth and save your life*.

Wilhem Meyer de Copenhague est le véritable précurseur de l'aprosexie parce qu'il a créé le syndrome adénoïdien. Il a donné il y a trente-cinq ans des tumeurs adénoïdes et de leurs symptômes une description demeurée classique. Il cite (3) l'observation d'une enfant de dix ans atteinte de céphalée habituelle surtout après s'être appliquée en classe et que ses parents pour cette raison avaient retirée de l'école. Il note que le facies hébété de cette jeune fille était devenu beaucoup plus « intelligent » après l'opération, mais il n'a pas émis nettement la théorie que les tumeurs adénoïdes étaient la cause de son naptitude au travail scolaire.

---

1. L. Rupprecht, *Ueber ein neues Instrument zur Heilung der verkrümmten Nasen-Scheidewand* (Wiener medic. Wochenschr., 1868, n° 72).

2. George Catlin, *Geschlossener Mund erhält Gesund* (*Shut your mouth and save your life*). Deutsch Von Flachs. Leipzig, 1870.

3. Wilhem Meyer, *Ueber adenoide vegetationen in der Nasenrachenhöhle* (Arch. f. Ohrenheilkunde. Bd. VII, s. 139, vol. VIII, s. 146, 1873).

Si Meyer n'a pas nettement dégagé du syndrome adénoïdien le faisceau de troubles cérébraux qui constituent l'aprosexie, il a appelé l'attention du monde médical tout entier sur les tumeurs adénoïdes. Il reste donc avec Guye l'un des deux grands noms de l'histoire de l'aprosexie.

Nous passerons donc rapidement sur les noms de Michel (1) et de Seiler (2) qui observèrent des faits de difficulté du travail intellectuel consécutifs à des sténoses nasales.

En 1875, Axel Key et Retzius (3) publient leurs planches d'anatomie montrant la communication des vaisseaux lymphatiques de la muqueuse du nez avec les cavités subdurales. Nous avons déjà vu, au chapitre de la pathogénie, que ces travaux furent la base de la théorie de Guye sur l'aprosexie.

Quatre ans plus tard, Kessel (4) s'appuyant sur les recherches anatomiques précédentes, décrit comme des symptômes pathologiques du gonflement de la muqueuse nasale : la céphalée, une sensation de pesanteur dans la tête, une certaine difficulté de penser.

---

1. Michel, *Die Krankheiten der Nasenhöhle*. Berlin, 1876, s. 52.

2. Seiler, *Surgical treatment of nasal catarrh*. (*The Philadelphia medical Times*, oct. 8 1881).

3. Axel Key und Retzius. *Studien in der Anatomie des Nervensystems*. Stockholm, 1875.

4. Kessel *Ueber die Bedeutung des Erkrankung des Nasenrachenraums*. (*Arch. f. Ohrenheilk.* XIV. S. 293. 1879).

Elsberg (1), en 1883, et Frankel (2) l'année suivante, parlant des symptômes produits par les tumeurs adénoïdes, font mention de l'air stupide des malades qui en sont atteints.

La même année (1884) Hack (3) recommande le premier la cautérisation des corps caverneux des cornets inférieurs qui, pathologiquement tuméfiés, donnent lieu à la migraine et à d'autres affections névropathiques. Il donne une théorie réflexe de l'aprosexie nasale.

Ses mêmes idées sont défendues par Sommerbrodt (4) en 1885.

Ziem (5) signale l'oppression cérébrale (Scheitel-druck) et la difficulté du travail intellectuel dans les affections du nez.

Hopmann (6) considère la paresse intellectuelle chez les aprosexiques comme étant de nature plutôt héréditaire qu'acquise.

Et nous arrivons aux principaux travaux de Guye

---

1. Elsbrg. *Reflex and other phenomena due to nasal disease.* (*Arch. of laryngology*, IV, 1883 p. 253.)

2. Frankel. *Ueber adenoide Vegetationen.* (*Deutsche med. Wochenschr.* 1884, 41, 42, 43).

3. W. Hack. *Erfabrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten.* Wiesbaden, 1884, S. 83.

4. Sommerbrodt. *Berl. Kl. Wochenschr.*, 1885, 10.

5. Ziem. *Ueber neuralgische und nervöse Begleiterscheinungen bei Nasen und Rachenkrankheiten* (*Monatschr. f. Ohrenheilkunde*, 1886, 8, 255. u. 287.)

6. Hopmann. *Monatsch. f. Ohrenheik.* 1886, 8, u. 9.

qui datent des années 1887 et 1888. Mais déjà cet auteur s'était occupé de la question en 1867. Il y revint en 1889. Nous retrouvons de lui un nouveau travail en 1891. Enfin en 1895 et 1896, 1898 il complète, et défend sa théorie. Nous avons dans le courant de ce travail cité si souvent cet auteur que nous ne pourrions ici en faire mention plus longuement sans retomber dans d'inutiles redites. Nous indiquerons à la bibliographie chacun des ouvrages auxquels nous venons de faire allusion.

Hill (1) et A. Shaw (2), se rallient à la théorie de Guye, sur la pathogénie de l'aprosexie.

Citons encore les travaux de Strübing (3), Walb (4), de Weil (5) et de Suchanneck (6). Ces derniers auteurs que nous citons d'après la thèse de Mainzer, ont décrit les inconvénients que présentent les affections nasales pour l'organisme et ont signalé les troubles intellectuels chez des individus atteints de sténose nasale.

En France, nous trouvons l'article de Raulin (7)

---

1. Hill W., *On some causes of backwardness and stupidity in children, and the relief of these symptoms on the removal of obstructions in the nose and pharynx* (Brit. med. journal, 1889).

2. Shaw, *Schmidt's Jahrb.*, 1891, 2, p. 154.

3. Strübing, *Monatsch. f. Ohreinhel.*, 1888, 12.

4. Walb, *Monatsch. f. Ohreinhel.*, 1888, 12.

5. Weil, *Monatsch. f. Ohreinhel.*, 1888, n° 9.

6. Suchanneck, *Ueber Nasenleiden, und ihren Zusammenhang mit anderen Organleiden, sowie über Reflexneurosen*, Zürich, 1888.

7. Raulin V., *le Cancre d'origine nasale* (Revue de laryngologie et de rhinologie, 1890).

sur le cancre d'origine nasal. Dans ce très intéressant article, l'auteur réclame déjà que des spécialistes soient chargés d'examiner le cavum des enfants des écoles.

Bregesen (1) avait fait la même demande l'année précédente.

Puis c'est Kafemann (2) qui publie sa statistique sur la fréquence des végétations adénoïdes et ses rapports avec l'aprosexie.

Maier Mainzer (3), en 1891, fait sa thèse inaugurale sur l'aprosexie et cite quelques observations

Jurasz (4), la même année, dit n'avoir trouvé sur 170 cas de végétations adénoïdes que 2 cas de diminution de l'intelligence avec inattention et développement intellectuel en retard.

Signalons à la même époque les publications de Halbeis (5) et Victor Lange (6).

---

1. Bregesen Max., *Zwei Schriftstücke über die Bedeutung behinderter Nasenathmung* (Deutsch. medic. Wochenschr. 1889, 9).

2. Kafemann, *Schuluntersuchungen des Kindlichen Nasen und Rachenraumes an 2238 Kindern*, Danzig, 1890

3. Mainzer Maier, *Ueber Aproxia nasalis* (Dissertation, Würzburg, 1891).

4. Jurasz, *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, Heidelberg, 1891. 5. 183.

5. Halbeis, *Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums*. München. J. F. Lehmann, 1891.

6. Lange Victor, *Ueber eine häufig vorkommende Ursache der langsamen und mangelhaften geistigen Entwicklung der Kinder*. Kopenhagen, 1892, et (Berlin, Klin. Wochenschr., 1893, n° 6).

Schütter (1), en France, publie dans *Les Annales des maladies de l'oreille*, en 1893, son article sur le nez et la bouche comme organes de la respiration. Nous avons, au chapitre de la pathogénie, exposé le résultat de ses expérimentations.

Stephan Titeff (2), en 1896, fait sa thèse à Genève sur l'aproxexie. C'est un travail remarquable et qui conduit l'auteur à une théorie différente de celle de Guye. Pour Titeff, l'aproxexie nasale devrait s'appeler auditive, tous les aproxexiques seraient sourds à quelque degré.

Nous avons déjà signalé par ailleurs que Guye(3), en 1899, a répondu à Stephan Titeff en publiant dans *Les Annales des maladies de l'oreille* un cas d'aproxexie pure sans complication du côté de l'acuité auditive.

Dans ces dernières années, voici ce que nous trouvons dans la littérature médicale concernant l'aproxexie.

En 1902, Régnier (4) publie dans *les Annales des*

---

1. Schütter W., *le Nez et la bouche comme organes de la respiration* (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Paris, 1893, p. 346).

2. Stephan Titeff, *Contribution à l'étude de l'aproxexie chez les enfants* (*Dissertation inaugurale*, Genève, 1896).

3. Guye, *Un cas d'aproxexie pure sans complication du côté de l'acuité auditive* (*Annales des maladies de l'oreille*, février 1899).

4. Régnier, *Troubles mentaux en rapport avec les végétations adénoïdes chez l'enfant* (*Annales des maladies de l'oreille*, 1902).

*Maladies de l'oreille* un article sur les troubles nerveux en rapport avec les végétations adénoïdes chez l'enfant.

En 1903, Dubar fait au Congrès d'hygiène scolaire, une communication sur les végétations adénoïdes et l'audition à l'école.

La même année, Royet (1) publie dans le *Bulletin médical*, son article sur les troubles de la mentalité au cours des maladies des cavités naso-pharyngiennes. C'est aussi en 1903 qu'il fait, au Congrès de Bruxelles, sa communication sur les troubles les plus fréquents de la mentalité au cours des maladies du nez et du cavum.

En 1904, Tillier fait sa thèse sur « l'étude des troubles nerveux dus à la présence des végétations adénoïdes ». Il n'y est que très accidentellement fait mention de l'aprosexie.

En 1906, Lambert Lack (2) déclare dans *Practitioner* que la céphalalgie et les troubles intellectuels sont souvent d'origine nasale.

En 1906, Rousset et Royet publient une observation de troubles mélancoliques d'origine rhino-pharyngienne.

Puis, ce sont les articles de Wyatt Wingrave et le livre de Hartmann, de Berlin, sur la *Céphalalgie et la neurasthénie d'origine nasale*.

---

1. Royet, *Bulletin médical*. Paris, 1903, <sup>o</sup> VII.

2. Lambert Lack, *Céphalalgie d'origine nasale* (*Practitioner*, juillet 1906, p. 46).

Pierre Delpech, en 1908, fait sa thèse sur l'audition chez les adénoïdiens non otitiques. Page 82, il parle de l'aprosexie ; il admettrait plus volontiers la théorie auditive de Stephan Titeff que celle nasale de Guye.

En 1908, le professeur Grazzi, de Pize, publie une brochure de 29 pages pour montrer l'importance sociale des végétations adénoïdes

Et Villar Urbano, de Malaga, fait un travail analogue dans *Revista de especialidades*, et demande qu'entre cinq et quinze ans l'État organise un service de façon à ce que tous les six mois on examine le naso-pharynx des enfants des écoles.

Et c'est, pour terminer, les deux travaux de Freemann et de Herzy (1) sur les *séquelles des adénoïdes*.

---

1. Herzig. *Séquelles des adénoïdes* (*New-York med. Journal*, 6 février 1909).

---



## CONCLUSIONS

---

Les conclusions de ce travail seront les suivantes :

I. — Pour le psychologue qui étudie les insuffisances de l'attention, l'aprosexie d'origine nasale est une des nombreuses variétés d'aprosexie, qui doit prendre place à côté des aprosexie sdéméntielle, confusionnelle, hystérique, etc.

Pour l'oto-rhino-laryngologiste, l'aprosexie nasale est une des complications du syndrome d'obstruction nasale.

II. — L'aprosexie nasale a pour caractère clinique prédominant l'inaptitude au travail.

III. — L'aprosexie nasale existe chez l'adulte comme chez l'enfant.

IV. — Chez l'adulte, l'aprosexie reconnaît pour causes tous les facteurs d'obstruction nasale : rhinite hypertrophique, polypes, végétations, éperon, incurvation de la cloison, affaissement des ailes du nez, etc., etc.

Chez l'enfant, l'aprosexie est le plus souvent due à des végétations adénoïdes.

V. — L'aprosexie nasale de l'adulte atteint un individu qui a conscience d'être en dépression physique et psychique. De là, la tendance mélancolique

de ces individus. Non traités, ces aprosexiques risquent d'être classés dans la nombreuse et hétéroclite famille des neurasthéniques.

L'aprosexie nasale de l'enfant atteint un individu qui est en pleine période d'acquisition et où tout retard peut se traduire par un déficit.

VI. — L'aprosexie nasale est indépendante de la surdité, elle peut coïncider avec elle;

VII. — Il y aurait lieu de provoquer une enquête scolaire sur les enfants arriérés en classe et respirant la bouche ouverte. Il y a un nombre assez élevé d'enfants aprosexiques d'origine nasale qui ne sont pas actuellement reconnus comme tels.

VIII. — L'aprosexie nasale est due à une sorte d'intoxication :

1° De cause locale, par la gêne de la circulation nasale qui en résulte. L'aprosexie nasale serait due à l'empêchement de l'écoulement de la lymphe cérébrale par les canaux lymphatiques de la muqueuse nasale (théorie de Guye);

2° De cause générale, puisque la gêne apportée à l'hématose favorise l'accumulation de toxines diverses en ralentissant les processus d'oxydation.

IX. — Le traitement de l'aprosexie doit répondre à trois indications :

1. D'abord et avant tout, lever l'obstacle cause de l'aprosexie nasale, que cette cause soit nasale, bucco-pharyngienne ou pharyngienne;

2° Modifier l'état général par une médication tonique;

3<sup>e</sup> L'opération une fois pratiquée, pour les enfants asexuels qui sont des arriérés, un entraînement psychique méthodique, fait à l'aide d'exercice appropriés, stimulera la réceptivité intellectuelle.

---

Vu : le Président de la thèse :  
GILBERT-BALLET

Vu : le Doyen,  
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
L. LIARD

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

- BARTOLI. — Des Végétations adénoïdes du pharynx nasal. Paris, 1893, p. 67.
- BERG. — Int. Centralb., 1891, 8.
- BLOCH (E.). — Die Pathologie und Therapie der Mundathmung, Wiesbaden, 1889.
- BOSWORTH. — Association laryngologique américaine, 1895.
- BRESGEN (Max). — Zwei Schriftstücke über die Bedeutung behinderter Nasenathmung. (Deutsch. medic. Wochenschr., 1889, n° 9).
- BRIDE AND TURNER. — Nasopharyngeal adenoids, a clinical and pathological study (Ed. med. Jour., may 1897).
- BRÜGELMANN. — Ueber Nasenschwindel, speciell über Aprosexia nasalis (Therap. Monatshefte, 1889, s. 67).
- BROSIUS. — Ueber Aprosexia (Der Irren freund, nov. 1899).
- CATLIN (George). — Geschlossener Mund erhält gesund (Shut your mouth and save your life). Deutsch von Flachs. Leipzig, 1870).
- CHAPIRO. — Sur la Constitution morphologique du sang chez les adénoïdiens et sur les modifications de la constitution du sang et de la circulation chez les chiens dont le nez est tamponné (Thèse de Moscou, 1907).
- CHAPPEL. — Neurasthenie und Neuralgie int. Centralb., 1891, 8.
- CITELLI. — Végétations adénoïdes (Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, 1909, p. 442).

- DELPECH (Pierre). — L'Audition chez les adénoïdiens non otitiques. Thèse de Paris, 1908, p. 82.
- DOWINE (Walker). — Aprosexia, convulsions and adenitis (Glasgow medical Journal, janvier 1896).
- DUBAR. — Végétations adénoïdes et audition à l'école. Congrès d'hygiène scolaire, 1903. Paris, 1904, 207-215.
- EITELBERG. — Ueber die vom Gehörorgan ausgelösten allgemeinen und lokalen Reflexerscheinungen (Haug's Vorträge. Iéna, 1895).
- ELSBERG. — Reflex and other phenomena due to nasal disease (Archives of Laryngology, IV, 1883, p. 253).
- FRANKEL (B). — Ueber adenoïde vegetanionen (Deutsche med. Wochenschr. 1884, 41, 42, 43).
- FREEMANN (R.-G.). — Végétations adénoïdes chez les enfants (Medical Record, 27 février 1909).
- GOTTSTEIN. (J.) et KAYSER (R.). — Die Krankheiten der Rachentonsille (P. Heymann's Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Wien, 1897).
- GRAZZI. — Importance sociale des végétations adénoïdes. Brochure de 29 pages. Florence, 1908.
- GUYE. — Over het ademhallen door den mond en de middelen daartegen (Ned. Tijdschr. V. Geneesk. 1874).
- Over aprosexia Voordracht in het eerste Nederlandsch Natur-en Geneeskundig Congres te Amsterdam (Ned. Tijdschr. v. Geneskunde, 1887, II, p. 381).
- Ueber Aprosexia vortrag naturforscher Versammlung Wiesbaden (Deutsche med. Wochenschr., 1887, n° 43).
- Weitere Mittheilungen zur Aprosexia als Folge von nasalen Störungen. Vortrag naturforscher versammlung Kœln, 1888 (Deutsche med. Wochenschr., 1888, n° 40).
- On aprosexia (Brit. medical Association. Leedes, 1889)
- Het aanzetten van tandsteen aan de snijtanden tenge-

- volge van habitueele mondademhaling (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1895).
- On the formation of Salivary Calculus over the inferior incisors, caused by habitual mouth-brathing (Journal of laryngology, july, 1895).
  - Over de behandeling van aandæningen der bijholten van den neus met den menthol insufflator (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1896).
  - Ueber Behandlung von Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase mit dem menthol insufflator und dem Politzerschen Verfahren (Therap. Wochenschr. Wien, 6 déc. 1896).
  - Un cas d'aprosodie pure sans complication du côté de l'acuité auditive (Ann. des maladies de l'oreille, février 1899).
  - Geneeskundige Bladen nit klinick en Laboratorium voor de praktijk. Amsterdam, 1898).
- HACK (W.). — Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten (Weesbaden, 1884, S. 83).
- HALBEIS. — Die adenoiden vegetationen des Nasenrachenraums (München, J.-F. Lehmann, 1891).
- HARTMANN (Arthur). — Céphalalgie et neurasthénie d'origine nasale (Deutsche med. Wochenschr., 1907).
- HERZIG. — Séquelles des adénoïdes (New-York med. Journal, 6 février 1909).
- HILL (W.). — On some causes of backwardness and stupidity in Children, and the relief of these symptoms on the removal of obstructions in the nose and pharynx (Brit. med. Journal, 1889).
- HINGSTON (Fox). — Int. Centralb.f. Laryngol., 1889-1890, p. 52.
- HOPMANN. — Monatsch. f. Ohrenheilk., 1886, 8 u. 9.
- JURASZ. — Die Krankheiten der oberen Luftwege Heidelberg, 1891, s. 183.

- KAFEMANN.** — Schuluntersuchungen des Kindlichen Nasen und Rachenraumes an 2238 Kindern. Dantzig, 1890.
- Schuluntersuchungen mit Bezug auf Aprosexia (Berl. Klin. Wochenschr., 1890, 39, s. 906).
- Ueber die Beziehungen gewisser Nasen und Rachenleiden zum Stottern. Dantzig, 1891.
- Recherches psychologiques sur l'aproxexie nasale (Arch. f. Laryngol. und. Rhin., 1900, fasc. 3).
- KESSEL.** — Ueber die Bedeutung der Erkrankung des Nasenrachenraums (Arch. f. Ohrenheilk., XIV, s. 293, 1879).
- KUHN.** — Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums (Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften. Teschen, 1897).
- LACK LAMBERT.** — Céphalalgie d'origine nasale (Practitioner, juillet 1906, p. 46).
- LANGE (Victor).** — Ueber eine häufig vorkommende Ursache der langsamen und mangelhaften geistigen Entwicklung der Kinder. Kopenhagen, 1892 et (Berl. Klin. Wochenschr., 1893, n° 6).
- MACKENSIE.** — Die Krankheiten des Halses und der Nase. Trad. P. Semon, 1884.
- MAINZER (Maier).** — Ueber Aprosexia nasalis (Dissertation, Würzburg, 1891).
- MEYER (Wilh).** — Ueber adenoide Vegetationen in der Nasenhöhle (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. VII, s. 139, u. VIII, s. 146, 1873).
- MICHEL (C.).** — Die Krankheiten der Nasenhöhle. Berlin, 1876, s. 52.
- MOURE.** — Le Goryza atrophique et hypertrophique, p. 153.
- RAULIN (V.).** — Le Cancro d'origine nasale (Revue de laryngologie et de rhinologie, 1890, n° 22).
- ROUSSET et ROYET.** — Une observation de troubles mélanco-

liques conscients d'origine rhino-pharyngienne (Archives de laryngologie, t. XXI, 1906, p. 92).

ROYET. — De la forme la plus habituelle des modifications de l'intelligence et du caractère qui peuvent résulter des maladies du nez et du cavum (Communication au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bruxelles, août 1893).

RUAULT. — Traité de médecine Charcot, Bouchard et Brissaud, 1<sup>re</sup> édition, t. IV, p. 42.

RUPPRECHT (L.). — Ueber ein neues Instrument zur Heilung der verkrümmten Nasen Scheidewand (Wiener medic. Wochenschr., 1868, n° 72).

SEIFERT (O.). — Ueber Aprosexia nasalis (Sitzungsberichte der Würzburger physik. medic. Gesellsch., 1891).

SEILER. — Surgical treatment of nasal catarrh. (The Philadelphia medical Times, oct. 8 1881).

SCHWALBE (G.). — Der Arachnoïdealraum ein Lymphraum und sein Zusammenhang mit dem Perichoroidalraum (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1869, n° 30).

SCHEINMANN. — Zur Diagnose und Therapie der Nasalen Reflexneurosen (Berl. Klin. Wochenschr., 1888, n° 14, p. 329 et 401).

SHAW. — Schmidt's Jahrb., 1891, n° 2, p. 154.

SIKKEL (A.). — De adenöide vegetaties der neuskeelholte (Medisch Weekblad, 1896).

STRÜBING. — Monatsch. f. Ohreinheil., 1888, 12.

SUCHANNECK. — Über Nasenleiden, und ihren Zusammenhang mit anderen Organleiden, sowie über Reflex neurosen. Zürich, 1888.

TILLIER. — Contribution à l'étude des troubles nerveux dus à la présence des végétations adénoïdes. Thèse de Paris, 1904.

TITEFF (Stephan). — Contribution à l'étude de l'aproxexie chez

- les enfants (Dissertation inaugurale. Genève, 1896).
- TRÖLTSCHE. — Die Krankheiten des Ohren. Würzburg, 1862, s. 114.
- VACHER. — Insuffisance nasale (Presse médicale, 22 nov. 1905).
- WALB. — Monatsch. f. Ohreinheil., 1888, 12.
- WEIL. — Monatsch. f. Ohreinheil., 1888, n° 9.
- WINGRAVE. — Journal of Laryngology, Rhinology and Otology, août 1906, p. 278 à 380.
- ZARNIKO. — Die Krankheiten der Nase. Berlin, 1894, s. 60.
- ZIEM. — Ueber neuralgische und nervöse Begleiterscheinungen bei Nasen-und Rachenkrankheiten (Monatsch. f. Ohrenheilkunde, 1886, s. 255, v. 287).
- Rapport entre les affections nasales et mentales. (Annales des maladies de l'oreille, 1897, t. II, p. 204).



